

(様式4)

年 月 日

茨城県 保健所 毒劇担当 行

担当者

部署

氏名

連絡先

廃止届

以下の施設を廃止したので、毒物劇物多量取扱施設情報からの削除をお願いいたします。

施設の名称	
施設の所在地	
業種 (該当するものに○をつける)	製造業 ・ 輸入業 ・ 販売業 業務上取扱者 (届出有) ・ 業務上取扱者 (届出無)
備考	